（様式第４号）

**麻薬（□施用・□管理・□小売業・□卸売業・□研究）者免許証返納届**

免　許　証　の　番　号　　第　　　　　号　　　免許年月日　　　　　　　年　　　　月　　　日

麻　 薬　 所　在　地

業　務　所　 名　称

氏　　　　　　　　名

免許証返納の　事　由

及びその　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　　　様

（注意）免許証を添付して届出してください